Blei 8 – Bor

Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald.

Casuistisches über Carcinoma Penis

unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Stauungserscheinungen in den Harnwegen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 27. Juli 1897

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Johannes Bleisch

Arzt aus Striegau in Schlesien.

Opponenten:

Herr cand. med Aloys Armborst.

Herr Dr. med. Franz Ruhnau.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1897.

Dem Andenken seines teuren Vaters

und seiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In dieser Arbeit will ich einen im S. S. 1896 von Herrn Professor Helferich operierten und von mir weiter beobachteten Fall von Carcinoma Penis des Näheren besprechen.

Zu diesem Zwecke berichte ich zunächst die Krankengeschichte des Falles.

Krankengeschichte.

Anamnese: Patient ist der 38jährige verheiratete Stellmacher Robert Messmann aus Letzien bei Treptow a. T. Hereditär ist Patient nicht belastet; mit 19 Jahren hat er eine Gonorrhoe durchgemacht. Den Beginn seines Leidens bemerkte Patient vor 2 Jahren. Es entstand auf der Eichel eine kleine harte Geschwulst, die sich einige Zeit auf Erbsengrösse hielt. Die Geschwulst nahm aber bald beträchtlich an Grösse zu, so dass sich Patient im April 1895 in ärztliche Behandlung begab; es wurde, wie Patient sich ausdrückt, „wegen Eichelentzündung" eine Operation an der Eichel vorgenommen. Seit Ostern 1896 leidet er an profusen Durchfällen abwechselnd mit langandauernder Obstipation. Seit derselben Zeit traten auch Harnbeschwerden, die bisher nicht bestanden hatten, auf; dieselben bestanden zunächst darin, dass Patient, um den Urin zu entleeren, stärker pressen musste. Bald nahmen diese Beschwerden in dem Masse zu, dass das Urinieren unter grosser Mühe von Statten ging und der Urin nur tropfenweise entleert werden konnte.

Der behandelnde Arzt veranlasste daher die Überführung des Patienten in die hiesige chirurgische Klinik am 5. Mai 1896.

Status: Patient ist ein mässig kräftig gebauter Mann von blasser Gesichtsfarbe; an den Extremitäten sind keine Veränderungen wahrzunehmen. Die Auscultation und Percussion des Herzens und der Lungen ergeben normale Verhältnisse. Im unteren Teile des Abdomens ist ein die schlaffen Bauchdecken vorwölbender, mannskopfgrosser, genau in der Medianlinie liegender, runder Tumor palpierbar; derselbe reicht bis zur Nabelhöhe. Der Percussionsschall über dem Tumor ist gedämpft, während zu beiden Seiten und oberhalb desselben Tympanie besteht. Durch Palpation lässt sich feststellen, dass der Tumor von glatter Oberfläche, gegen die Symphyse und oberen Schambeinäste abgrenzbar ist, im Abdomen bis zu einem gewissen Grade verschoben werden kann und unter hoher Spannung fluctuiert. Bei stärkerem Druck auf den Tumor hat Patient das Gefühl des Harndranges. Bei der Exploration per Rectum fühlt der in dasselbe eingeführte Finger die hintere Blasenwand stark nach dem Rectum zu vorgewölbt. Bei Aufblähung der Därme vom Rectum aus sinkt der Tumor zurück und die luftgefüllten Därme steigen zu beiden Seiten und oberhalb desselben empor.

Der Urin wird, selbst bei stärkstem Pressen, nur tropfenweise entleert. Die Glans penis ist bis auf eine kleine Partie in der Umgebung des orificium externum Urethrae mit dem Praeputium verwachsen. Die Glans erscheint klein und geprumpft und fühlt sich hart und narbig an. Die Pars cavernosa ist bis an die Symphyse in eine starre, fast knochenharte Masse verwandelt und bewahrt die Form des Penis. In der Umgebung des orificium externum Urethrae ist die Oberfläche der Glans von papillären, groben Wucherungen bedeckt und zeigt am oberen Ende des orificium externum eine Einziehung, in die auch das oberflächliche Vorhaut-Blatt mit hinein-

gezogen ist, so dass es den Anschein hat, als ob ein schrumpfender Tumor in der Harnröhre deren oberen Mündungsrand in dieselbe hineinzöge. Der Katheterismus, selbst mit der schwächsten Nummer, gelingt nicht; ebensowenig ist es möglich, mit einer geknöpften Sonde über den vordersten Teil der Harnröhre im Bereiche der Glans vorzudringen.

Die Inguinaldrüsen sind beiderseits nicht geschwollen; ebenso sind Retroperitonealdrüsen nicht zu fühlen.

Diagnose: Strictura carcinomatosa Urethrae. Retentio Urinae. Operation am 6. Mai 1896 (Da ich später des Näheren auf das Operationsverfahren zurückkomme, will ich dasselbe hier nur kurz in seinen einzelnen Acten erwähnen.)

Chloroform-Narcose. Amputatio Penis hoch oben an der Symphyse. Katheterismus und Entleerung von über 2 Litern klaren, hellgelben Urins. Lospräparierung der Harnröhre vom Penis nach Spaltung des Scrotums in der Raphe bis zum Perineum. Verlagerung der Harnröhrenmündung auf den Damm und Fixierung daselbst durch Knopfnäthe. Vernähung der Scrotalrunde. Jodoformgaze-Tamponade in den unteren Wundwinkel. Verband.

Der Wundverlauf war ein vollkommen normaler und reactionsloser. Der Urin wurde täglich durch den Katheter entleert und war immer klar.

Am 2. Juni 1896 wurde Patient als geheilt entlassen. Sein Allgemeinbefinden war ein gutes. Der Urin konnte, indem sich Patient den Scrotalsack in die Höhe hielt, ohne Beschwerden aus der im Perineum befindlichen Öffnung der Urethra entleert werden. Die Inguinaldrüsen waren nicht geschwollen; ebensowenig waren Retroperitonealdrüsen zu fühlen.

Am 14. Juli 1897 hatte ich Gelegenheit, den Patienten zu untersuchen. Sein Allgemeinbefinden war ein sehr gutes. Er konnte seinen Urin ohne Beschwerden im Strahl entleeren. Die Haut an der Rückfläche des Scrotalsackes und am Perineum war von normaler Beschaffenheit; nirgends eine Spur von Rötung oder Ekzem zu bemerken. Jedoch waren die Inguinaldrüsen auf beiden Seiten deutlich zu fühlen; deshalb wird Patient zur gründlichen Entfernung der Drüsen in die Klinik bestellt.

Epikrise.

Es sei mir nun gestattet, vorstehenden Fall in einigen Punkten epikritisch zu beleuchten.

Zunächst ist bemerkenswert das Alter des Patienten; derselbe befindet sich im 38. Lebensjahre, einer Zeit, in der das Peniscarcinom für gewöhnlich nicht aufzutreten pflegt.

Das Peniscarcinom hat mit den Carcinomen an anderen Stellen das gemeinsam, in der Regel Leute höheren Lebensalters zu befallen. Demarquay hat in seinen Maladies chir. du pénis 134 Fälle von Carcinoma Penis zusammengestellt. In 97 der gesammelten Fälle ist das Alter der Kranken angegeben; es kommen auf die Zeit

vom	20.—30.	Lebensjahre	9	Fälle
„	30.—40.	„	14	„
„	40.—50.	„	23	„
„	50.—60.	„	18	„
„	60.—70.	„	23	„
„	70.—80.	„	10	„

Als Operationsmethode wurde die von Thiersch, mit Verlagerung der Harnröhre in das Perineum, angewandt.

An dieser Stelle will ich es nicht unterlassen eine uerst von Herrn Professor Helferich ausgeführte und

in hiesiger Klinik geübte Operations-Methode der Amputatio Penis zu erwähnen, die dann in Anwendung kommt und sehr gute Resultate giebt, wenn bei noch nicht vollständiger Ausbreitung des Carcinoms über den Penis an der pars pendula desselben operiert wird. Man fürchtete bei der Amputation an der pars pendula namentlich die folgende Blutung aus den corpora cavernosa und die nachträgliche Verengerung der Harnröhrenmündung. Die Helferich'sche Methode vermeidet diese Nachteile und bietet ausserdem noch den Vorteil eines gut abgerundeten Amputationsstumpfes. Dieses Verfahren besteht nach der Schilderung Eduard Schmidts (Dissertation: Über Carcinoma penis, Greifswald 1888) in Folgendem:

„Nach Einleitung der Narcose, Reinigung und sorgfältiger Desinfection des Operationsfeldes und Umlegung des Esmarch'schen Gummischlauches wird der Penis an seinem Ende gefasst und im Gesunden, mindestens 1 cm vom Erkrankten entfernt, durch einen zweizeitigen Zirkelschnitt amputiert. Es folgt nun die Ablösung der Harnröhre vom übrigen Stumpfe, so dass sie ca. 1 cm lang frei vorsteht. Alsdann wird mit einer möglichst spitzen kräftigen Hackenpincette das Septum zwischen den beiden corpora cavernosa penis in der Mitte gefasst und nach vorn und oben gezogen, so dass es hügelartig über das Niveau der seitlichen Schwellkörper hervorragt. Dieses Stück wird nun mit einer scharfen Cowper'schen Scheere, deren Convexität nach unten gerichtet ist, durch einen Scheerenschlag abgetragen.

Dadurch entsteht eine nach dem Septum zu abschüssige, rinnenförmige Vertiefung mit erhabenen scharfen Rändern, welche bogenförmig, dorsal (nach oben) und nach der Stelle, wo die Harnröhre abgelöst worden ist (nach unten), offen sind.

Diese Wundflächen lassen sich nun sehr bequem in der Richtung des Septum aneinanderlegen und durch weitgreifende versenkte Catgutsuturen vernähen, wodurch die innige Vereinigung der corpora cavernosa erzielt wird. Vorher Versorgung der Blutgefässe; Controle nach Abnahme des Gummischlauches. Die Haut wird dann über dem Stumpf geschlossen, die Urethra unten aufgeschlitzt und die dadurch entstandenen beiden Schleimhautläppchen in die Hautwunde eingenäht. Eine nachträgliche Blutung aus dem corpora cavernosa kann nach dieser Methode nicht eintreten und der Stumpf erhält eine vorn abgerundete, mit Haut bedeckte Oberfläche.

Diese Methode, die, wie schon oben erwähnt wurde, bei Operationen in der pars pendula sehr gute Erfolge hat, konnte bei meinem Falle nicht in Anwendung kommen, da bereits der ganze Penis von der Krebswucherung ergriffen war; hier war nur die Amputation im Niveau des Scrotums indiziert. Da aber solche Patienten mit hoher Amputatio penis den Urin nicht im Strahle entleeren konnten und so unter dem unvermeidlichen Nasswerden beim Urinlassen und den darnach folgenden Excoriationen und Eczemen zu leiden hatten, suchte zunächst Delpech diesen Umständen abzuhelfen, indem er, nachdem er den Penis an der Wurzel amputiert hatte, das Scrotum von vorn nach hinten spaltete und die beiden Hälften dann wieder so vereinigte, dass jeder Hoden in einer besonderen Tasche eingeschlossen war. Zwischen beiden Taschen in der Tiefe der Spalte mündete die Harnröhre. Die Patienten konnten, indem sie die beiden Teile des Scrotalsackes auseinanderhielten, den Urin entleeren.

Noch besser in Bezug auf den Erfolg ist, wie auch der vorliegende Fall wiederum zeigt, die Methode der hohen Penis Amputation von Thiersch. Thiersch

suchte den oben genannten Übelständen dadurch abzuhelfen, dass er hinter dem Scrotum am Damm in der Mittellinie eine Incision machte und von da aus, nach Ablösung des Penisstumpfes bezw. der Urethra und seiner Umgebung letztere hinunterzog und hier vor dem After durch Nähte fixierte. Der Erfolg dieses Eingriffes ist ein ausgezeichneter; die Harnröhre kann sich nicht verengen, da sie am straffen Perineum Halt hat.

Von ganz besonderem Interesse an unserem Falle ist die Complication seitens des Harnapparates. Das Carcinom hatte hier eine Strictur gesetzt, sodass fast völlige Harnverhaltung bestand.

Der sich anstauende Urin hatte die functionsuntüchtig gewordene Blase bis zur Nabelhöhe ausgedehnt. Allerdings kommt es ja im Verlauf des Carcinoma Penis zu Beschwerden in der Harnentleerung, wenn das Carcinom die Urethra ergriffen hat und wenn die Harnröhrenmündung an der Eichel oder der Vorhautöffnung durch die Geschwulst verlegt ist: der Patient muss stärker pressen. Indess schwinden diese Beschwerden rasch wieder, da durch den Zerfall der Neubildung der Harnabfluss frei wird.

Jedenfalls gehört es nicht zu dem Symptomencomplex des Carcinoma Penis und es ist etwas ganz Aussergewöhnliches, dass durch die Neubildung eine fast totale Harnverhaltung hervorgerufen wird. Nur Boyer erwähnt einen Fall von Carcinoma Penis, wo seitens des Harnapparates die gleichen Complicationen bestanden, wie in dem vorliegenden: der Urin wurde nur tropfenweise entleert, die Blase war bis zum Nabel ausgedehnt.

An der Hand einiger Fälle aus der Litteratur will ich nun im Folgenden die Wirkung, welche der sich anstauende Urin auf die Harnwege ausübt und die Ver-

änderungen, die derselbe in letzteren hervorruft, genauer erörtern.

Dies ersehen wir zunächst aus einer Arbeit von Herrn Professor Dr. Mosler aus der Giessener Klinik: „Einseitiger Nierendefect. Tod durch Urämie herbeigeführt durch angeborene hochgradige Phimosis und deren Folgezustände in den Harnwegen. Ich lasse die für unseren Fall wichtigen Daten aus der Krankengeschichte und dem Sectionsprotokoll folgen.

Krankengeschichte.

Am 21. November 1861 wurde der schwerkranke Schmiedegeselle Heinrich Heide, 18 Jahre alt, aus Neustadt in die hiesige Klinik gebracht. Nur mit Mühe konnte er an ihn gerichtete Fragen beantworten. Seine Hauptklagen waren Urinbeschwerden und reichliche Diarrhöen.

Bei Inspektion der Genitalien fiel eine hochgradige Phimose auf. Als er zum Urinieren aufgefordert wurde, dauerte es mehrere Minuten, bis der Urin abfloss und es trieb sich das Präputium vorher blasenartig vor. Am Nachmittag verfiel er in soporösen Zustand. Abends 8 Uhr: Exitus letalis.

Sectionsprotokoll.

Körper mässig gross, kräftig gebaut. Die Haut des Hodensackes und des Penis ist angeschwollen. Praputialöffnung ist nur stecknadelkopf gross. . .

Die rechte Niere und Nebenniere, von vielem Fett umgeben, ragt von der 10. Rippe bis zum Darmbeinkamme. Ihre Flächen und Ränder sind gewölbt; ihre Oberfläche uneben. Länge = 16 cm, Breite = 11 cm, Dicke = 7 cm. Von aussen deutliche Fluctuation fühlbar. Beim Einschneiden quillt reichlich schleimige, eitrige Flüssigkeit hervor; die ganze Niere bildet eine ulceröse Höhle mit zahlreichen Ausbuchtungen. Die

Medullarsubstanz ist gänzlich zerstört, die Corticalsubstanz ist noch teilweise vorhanden. Die Schleimhaut des sehr erweiterten Nierenbeckens ist aufgelockert. Der Harnleiter ist dünndarmdick aufgetrieben, mit dünner, trüber Flüssigkeit gefüllt. Die Harnblase ist in Form einer Kugel zusammengezogen, die Muskulatur dick und hart; die nach innen stark vorspringenden Muskelbänder sind rundlich und bilden ein unregelmässiges, sehr dichtes Netzwerk, zwischen dessen Lücken die Schleimhaut an einzelnen Stellen sich ausstülpt. Das Lumen der Urethra ist bedeutend erweitert.

Während in dem oben näher angeführten Falle von Mosler das Hindernis in der Harnausleerung in einer Phimose besteht, in unserem Falle die Urethra in ihrer Continuität teilweise verschlossen ist dadurch, dass das Carcinom die Wandungen derselben durchwuchert und eine Strictura Urethrae gesetzt hat und letztere die Harnbeschwerden und die excessive Ausdehnung der Harnblase hervorgerufen hat, sehen wir in dem folgenden Falle die Harnröhre vollkommen durchgängig; das Hindernis in der Harnausleerung bildet hier die Protostata, beziehungsweise deren stark vergrösserter mittlerer Lappen, der ventilartig fast vollständig den Eingang zur Urethra verdeckt. Welche Folgen in der Harnausleerung dieser Mechanismus hatte, und welche pathologischen Veränderungen derselbe in den Harnwegen hervorgerufen hat, ersehen wir aus der Krankengeschichte und dem Sectionsprotokoll:

Krankengeschichte.

Anamnese: Patient ist der 62 Jahre alte Bauer August Thurow aus Petershagen bei Schivelbein. Vor etwa 3/4 Jahren bemerkte Patient, dass der Urin nicht mehr im Strahl abfloss; gleichzeitig stellten sich auch Schmerzen beim Urinieren, ein. Der consultierte Arzt

katheterisierte den Patienten und letzterer lernte dies selbst ausführen, um es jedesmal, wenn er merkte, dass die Blase stark gefüllt war, zu thun. Vor etwa 14 Tagen verstärkten sich die Schmerzen sehr. Da dieselben nicht nachliessen und der Urin beim Harnlassen immer spärlicher wurde, suchte Patient auf den Rat eines Arztes die hiesige chirurgische Klinik auf, wo er am 28. VI. 1897 aufgenommen wurde.

Status: Patient ist ein kräftiger, wohlerhaltener Mann, von gesunder Gesichts- und Hautfarbe. Die Auscultation und Percussion des Herzens ergeben normalen Befund. Die Beschwerden beim Harnlassen bestehen darin, dass der sehr spärliche Urin in dünnem Strahle entleert wird, wobei Patient heftige Schmerzen empfindet. Bei der Sondirung mit mittlerem Katheter fühlt man in der Gegend der Prostata einen deutlichen Widerstand. Bei der Untersuchung per Rectum gelingt der Nachweis einer harten, vergrösserten Prostata. Die Blase ist scheinbar nicht vergrössert.

Am 3. VII. wird die Deferendectomie ohne Narkose ausgeführt.

Am 6. VII. stellte sich ein Schüttelfrost ein, dem ein sehr heftiger Schweissausbruch folgte. Der Urin wird täglich durch den Katheter entleert, wobei Patient heftige Schmerzen empfindet. Der Druck auf die Blase und die Nieren dagegen ist schmerzlos.

Am 18. VII. Exitus letalis, nachdem Patient durch die täglich wiederkehrenden, langandauernden, heftigen Schüttelfröste aufs Äusserste erschöpft war.

Sectionsprotokoll.

Schlanke, männliche Leiche. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entströmt wenig Gas. Die Blase liegt wie ein kleiner Tumor von Kindeskopfgrösse hinter der Sym-

physe. Um die Beckenorgane bequem herausnehmen zu können, wird zunächst Milz und Darm herausgelöst. Dabei zeigt sich, dass der rechte Ureter von der Dicke eines Mittelfingers mit klarem, durchscheinendem Inhalte gefüllt ist. Die linke Niere liegt nicht an normaler Stelle, sondern im kleinen Becken, seitlich vom Promontorium auf der Linea innominata und zwar so, das der Hilus der Niere nach vorn und aussen gekehrt ist. Die l. Nebenniere liegt an normaler Stelle.

Der linke Ureter ist ebenfalls fingerdick, aber nur etwa 10 cm lang, während der rechte Ureter von normaler Länge ist. Die rechte Niere ist etwa 19 cm lang, 7 cm breit und $5^1/_2$ cm dick. Der unterste Teil derselben wird von einer etwa hühnereigrossen Blase gebildet. Das Nierenbecken ist stark erweitert, mit trüber Flüssigkeit gefüllt. Die linke Niere wird nicht aufgeschnitten; doch sieht man schon von aussen, dass dieselbe in einen grossen Sack verwandelt ist. In der Blase befinden sich etwa 300 ccm trüben, ammoniakalisch riechenden Urins; der Grund desselben zeigt ungemein stark hervortretende Trabekeln; dazwischen gelangt man durch kleine Gänge in Divertikel. Die Prostata ist etwa von Hühnereigrösse; die beiden seitlichen Lappen sind nicht sehr hypertrophisch; sie fühlen sich derb an und haben eine grauweisse Schnittfläche; dagegen springt der mittlere Lappen kuppenartig vor und verdeckt ventilartig vollständig den Eingang zur Urethra. Die Harnröhre selbst ist ohne Veränderungen.

In den bisher angeführten Fällen zur Erklärung der Druckwirkung des sich anstauenden Urins auf die Harnwege, war der Gang der Dinge der, dass ein Hindernis in den unteren Harnwegen vorlag; Phimosis-Strictura Urethrae-Prostatahypertrophie.

Es kommen jedoch auch Fälle vor, bei denen die

Blase selbst, beziehungsweise deren Wandungen ein Hindernis in der Urinentleerung bilden, bei denen Complicationen von Seiten der Blase vorliegen, die in selbstständiger Weise die oberen Harnwege in ihrer Durchgängigkeit beeinträchtigen. Solche Complicationen sind hauptsächlich Divertikelbildungen und Concremente. Blasendivertikel werden jedoch meist dann eine Stauungs-Ursache abgeben, wenn sie entweder sehr umfangreiche Geschwülste bilden, die auf die Ureteren drücken, oder wenn sie mit Concrementen angefüllt sind, die sich in dem Divertikel festsetzen und von hier aus den Harnleiter comprimieren.

Es kann auch der Fall eintreten, dass eine oder beide Ureteren direkt in ein Divertikel einmünden, welcher ein grösseres Concrement fest eingeschlossen beherbergt und hierdurch dem Harnabfluss ein Hindernis in den Weg gelegt wird. Einen derartigen Fall führt Ebstein in seinen Nierenkrankheiten an.

Beide Ureterenmündungen lagen im Bereich eines kinderfaustgrossen Recessus mit stark ulcerierter Wandung am Fundus der Harnblase, der einen grossen, 24 Stunden vor dem Tode entfernten Stein beherbergt hatte. Hochgradige, doppelseitige Hydronephrose.

Während hier der durch das Divertikel in seiner verhängnisvollen Lage fixirte Stein die direkte Stauungsursache gebildet hatte, beweist der folgende Fall (Hydronephrosenbildung bei geringen Veränderungen der unteren Harnwege von Dr. Karl Schuchardt), dass auch sehr kleine Blasendivertikel, ohne Concremente zu enthalten, im Füllungszustande der Blase zu recht derben Geschwülsten werden und, falls sie in ungünstiger Weise zum Ureter liegen, einen Druck auf ihn ausüben können, der bis zur Hydronephrose führt. Zugleich stellt uns dieser Fall ein Beispiel vor Augen, wie es bei Ver-

engerungen der unteren Harnwege zu Hydronephrosenbildung kommen kann, noch bevor sich eine hochgradige Blasendilatation ausgebildet hat.

Auszug aus der Krankengeschichte und dem Sectionsprotokoll.

Der 41 jährige Arbeiter Joseph P. verstarb nach längerem Aufenthalt in dem städtischen Aller-Heiligen-Hospital zu Breslau an chronischer Lungenschwindsucht mit schwerer amyloider Entartung vieler Eingeweide. Während seines Hospitalaufenthaltes wies kein Symptom auf ein Hindernis im Harnabfluss hin.

Sektionsprotokoll:

„Bei der Inspection der Bauchhöhle fand ich die Harnblase ungewöhnlich gross und prall mit trübem, rötlich gelbem Harne angefüllt. Ein in die Harnröhre eingeführter, mittelstarker Katheter begegnet in der Pars membranacea Urethrae einem ohne Gewalteinwirkung nicht zu überwindenden Hindernis. Harnröhre und Harnblase mit dem unteren Teil der Ureteren werden im Zusammenhange mit der Symphyse und einen Teil der Schambeinäste herausgenommen und nun zeigt sich beim Eröffnen der Harnröhre dicht unter der Symphyse eine durch mehrere quere weissliche Narbenzüge bewirkte Verengerung ihres Lumens. Doch ist die Strictur keineswegs so hochgradig, dass sie nicht selbst einem dickeren Katheter als dem dazu verwandten bequemen Durchgang gewährt hätte, wenn dieser sich nicht in einer 1 cm langen, völlig taschenartigen, im oberen Umfange der Harnröhre kurz vor der Strictur gelegenen dünnwandigen Schleimhautduplicatur gefangen hätte.

Die Harnröhrenschleimhaut ist übrigens durchweg glatt, blassgrau. Die Harnblase ist sehr breit; ihre Muskulatur ungewöhnlich kräftig entwickelt, namentlich

an der hinteren Wand starke Längs- und Querwülste bildend. Die Ureterenöffnungen lassen sich in den zahlreichen, durch die hypertrophischen Muskelbalken gebildeten Vorsprünge und Falten nur mühsam auffinden, sind jedoch durch die dickste Sonde frei durchgängig. Dicht oberhalb von ihnen befinden sich beiderseits zwei schmale, tiefe, blindsackförmige Ausstülpungen der Schleimhaut, links 3,5 cm, rechts 2,5 cm lang, etwa von Bleistiftsstärke, die sich genau dem Verlaufe des betreffenden Harnleiters entsprechend nach hinten zu verfolgen lassen.

Bei Anfüllung der beiden Divertikel mit Flüssigkeit oder Watte zeigt sich nun unzweifelhaft, dass sie im Zustande praller Füllung im Leben einen beträchtlichen Druck auf das untere Ende des betreffenden Harnleiters ausgeübt haben müssen. Demgemäss finden sich auch beide Ureteren im oberen Teile und im Nierenbecken ziemlich stark erweitert; die Nieren im Zustande leichter Hydronephrose mit Abflachung der Markpapillen.

Jedoch schon auf dem Wege von der Niere zur Blase — im Ureter — kann der Urin eine Stauung erleiden z. B. durch Steine im Ureter und dadurch Veränderungen an letzterem selbst und in der Niere hervorrufen, die in eclatanter Weise bei einem Falle von P. J. Postnikow-Hydroureter cum Hydronephrosi (Langenbecks Archiv für Chirurgie) beobachtet wurden.

Krankengeschichte.

Anamnese: Am 10. II. 1894 kam in unsere Klinik eine gut conservirte Frau, die auf Befragen angab, dass sie stets gesund gewesen sei. Jetzt hätte sie sich an den Arzt gewandt, weil sie ein immer mehr zunehmendes Gefühl der Schwere in der linken Seite empfände. Früher hätte sie dem keine besondere Beachtung geschenkt; doch jetzt, wo sie wisse, dass sie etwas in der linken Seite habe,

entsinne sie sich, dass die ganze linke Seite bei ihr von jeher schwach sei.

Status: Bei der Inspection des Abdomens ist es schwer, das Vorhandensein einer Geschwulst zu constatieren, dagegen ist durch Palpation sofort ein Tumor zu erkennen, welcher unter dem linken Rippenbogen hervortritt, weich, fluctuierend, etwas beweglich und nicht druckempfindlich ist. Bei der Percussion beginnt in der linea axillaris posterior eine Dämpfung an der 9. Rippe, verschmilzt mit der Milzdämpfung und reicht bis zur crista ilei; nach innen ist seine Grenze ein wenig median von der Mammillarlinie und ihr parallel, dann biegt sie etwas unterhalb einer quer durch den Nabel gelegten Linie nach aussen um.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hydronephrosis.

Befund bei der Operation (Nephroureterectomie): Die Bauchhöhle wurde in Chloroformnarkose per lineam albam eröffnet. Schnitt vom scrobiculus cordis bis 4 cm unterhalb des Nabels. Als das omentum majus nach rechts verschoben wurde, kam ein von Flüssigkeit ausgedehnter, unregelmässig geformter Sack zum Vorschein, welcher das linke Hypochondrium ausfüllte; von diesem Sack ging eine Röhre ab, welche in ihrer Form an den Dünndarm erinnerte. Diese Gebilde waren die stark ausgehöhlte linke Niere mit dem erweiterten Harnleiter.

Um das Hindernis des Harnabflusses festzustellen, wurde durch den Einschnitt, welcher zur Entfernung der Flüssigkeit in den Sack gemacht worden war, eine Sonde eingeführt, welche im untersten Abschnitte des Harnleiters die Anwesenheit von Steinen constatierte. Nun wurde der Bauchdeckenschnitt verlängert und die Steine durch Druck von unten her entfernt. Ein Stein, der in die Wand des

Ureters eingewachsen war, wurde mit letzterem entfernt und dann die Niere selbst exstirpiert. Der entfernte Sack ist nicht ohne weiteres als Niere zu erkennen; nur in der Peripherie sind hie und da Spuren von Nierengewebe sichtbar. Besondere Beachtung verdient der Harnleiter; vor Allem fällt natürlich seine Erweiterung ins Auge; ausserdem sind seine Wände aber auch verdickt und er selbst erheblich verlängert. Gleich nach der Exstirpation ergab die Messung folgende Zahlen: Die breiteste Stelle in der Nähe der Niere hatte 3,5 cm im Durchmesser, dann verengte er sich ein wenig, um oberhalb des eingeklemmten Steines wieder breiter zu werden, wo sein Umfang $3^3/_4$ cm betrug.

Am Schlusse meiner Arbeit will ich noch einmal hervorheben, dass es zu den grössten Seltenheiten im Verlaufe eines Carcinoma Penis gehört, wenn, wie in dem vorliegenden Falle, durch das Carcinom eine totale Strictur der Urethra gesetzt und dadurch fast völlige Harnverhaltung hervorgerufen wird. Bei den in der Greifswalder Klinik bisher operirten Fällen von Carcinoma Penis war eine derartige Complication noch nicht beobachtet worden und auch in der mir zugänglichen Litteratur über Carcinoma Penis ist zwar oft von Harnbeschwerden, die durch dasselbe hervorgerufen sind, die Rede, niemals aber bemerkt, dass vollständige Harnverhaltung im Verlaufe des Carcinoms eingetreten sei, mit Ausnahme des oben citirten Falles von Boyer.

Welche Wirkung der in den Harnwegen sich anstauende Urin auf letztere auszuüben im Stande ist, glaube ich an der Hand der angeführten Fälle genügend erörtert zu haben.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Helferich für die Überweisung des Themas und für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Schmidt's Jahrbücher.

Archiv für Heilkunde, 1877. (Wedemeyer: Über einen Fall von Amputatio Penis mit Transplantation der Harnröhre.)

Brünig: Inaugural-Dissertation: Beitrag zur Prognose des Carcinoma Penis. Greifswald 1893.

Jahresbericht der gesamten Medizin (1892 u. 1894).

Archiv für klinische Chirurgie, Bd. X.

Albert Schneider: Inaugural-Dissertation: Drei Fälle von Carcinoma Penis. Greifswald 1890.

Edm. Leser: Spezielle Chirurgie.

König: Lehrbuch der spez. Chirurgie.

Archiv für Heilkunde: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Krankheiten der Harnwege von Fr. Mosler.

Real: Encyklopädie der gesammten Heilkunde, Bd. 4.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 15.

Langenbecks Archiv für Chirurgie, Bd. XLIV.

Lebenslauf.

Johannes Georg Bleisch, katholischer Confession, Sohn des † Hauptlehrers Johannes Bleisch und dessen Ehefrau Emma geb. Hauptmann, wurde geboren am 29. September 1871 zu Striegau, Provinz Schlesien. Seinen ersten Schulunterricht genoss er in der Elementarschule seines Geburtsortes. Ostern 1882 kam er auf das St. Matthias-Gymnasium in Breslau, dann auf das Progymnasium seiner Vaterstadt und erlangte Herbst 1892 auf dem grossherzoglich-badischen Gymnasium in Lörrach das Zeugnis der Reife. Er bezog darauf die Universität Breslau, wo er sich bei der med. Fakultät inscribieren liess. Frühjahr 1894 kam er nach Halle, wo er am Schlusse des S. S. 1894 das Tentamen physicum bestand. Darauf bezog er wieder die Universität Breslau und kam Frühjahr 1896 nach Greifswald. Hier bestand er das zur Erlangung der Doktorwürde vorgeschriebene Examen rigorosum am 1. Februar 1897, nachdem am 25. Januar das Colloquium und am 29. Januar das Tentamen medicum vorangegangen war.

Während seiner akademischen Laufbahn besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Breslau:

Born, Cohn, Chun, Fraenkel, Filehne, Flügge, Hasse, Heidenhain, Küstner, Kolaczeck, Kümmel, Kast, Ladenburg, Mikulicz, Meyer, Neisser, Ponfick,

In Halle:

Bernstein, Eberth, Grenacher.

In Greifswald:

Arndt, Beumer, Busse, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Mosler, Peiper, Pernice, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Das Carcinoma Penis bietet keine bessere Prognose als die Carcinome anderer Organe.

II.

Bei tuberculösen Gelenkaffectionen ist im Allgemeinen das conservative Verfahren dem radicalen operativen vorzuziehen.

III.

Es ist ärztlicherseits darauf hinzuwirken, dass die Kinder bei ihrem Eintritt in die Schule einer Untersuchung ihres Gesundheitszustandes seitens eines Arztes sich unterziehen müssen.